

APROXIMACIONES CONDUCTUALES DE PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA GENERACIÓN FRENTE A UN CASO DE LUDOPATÍA

LAURA CRISTINA OBANDO RAMÍREZ*, FELIPE ERNESTO PARRADO CORREDOR**
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE PEREIRA, COLOMBIA

Recibido: 30 de enero de 2015

Aprobado: 3 de mayo de 2015

Para referenciar este artículo:

Obando Ramírez, L., & Parrado Corredor, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51-61

Resumen

Los conceptos y las teorías para acercarse a los fenómenos psicológicos han evolucionado con el tiempo, de este modo la psicología conductual ha pasado por diferentes generaciones. La conducta ludópata es un fenómeno que representa un problema de salud que ha tenido pocos tratamientos con resultados eficaces. El presente artículo de reflexión pretende abordar el fenómeno de la ludopatía a la luz de las teorías conductuales de primera segunda y tercera generación. De esta manera, se retoma un caso clínico publicado con el fin de identificar las alternativas que cada una de las generaciones de intervención conductual ofrece para la solución de este tipo de problemas psicológicos, para así señalar las ventajas y las desventajas de cada una.

Palabras clave: Intervención conductual; ludopatía; primera generación; segunda generación; tercera generación.

APPROACHES BEHAVIOURAL OF FIRST, SECOND AND THIRD GENERATION FACING A CASE OF PATHOLOGICAL GAMBLING

Abstract

The concepts and theories for approaching to psychological phenomena have evolved through time; thereby behavioral psychology has passed several generations. The gambling behavior is a phenomenon that represents a health problem that has few treatments with effective results. This reflection article aims to address the phenomenon of problem gambling on the light of behavioral theories of first, second and third generation. Thus, one published case in order to identify alternatives that each of the generations of behavioral intervention provides for the settlement of this type of psychological problems, thereby pointing out the advantages and disadvantages of each are resumed.

Key words: Behavioral treatments; gambling; first generation; second generation; third generation.

* Psicóloga, residente de la línea de Investigación en Neurociencia y Conducta, del grupo de Investigación "Clínica y Salud Mental" de la Universidad Católica de Pereira.

** Psicólogo, Especialista en Psicología del Consumidor, Máster en Cerebro y Conducta. Docente de Psicología Comportamental, Universidad Católica de Pereira.

Correspondencia a: Laboratorio de Psicología Experimental. Universidad Católica de Pereira. Av. de las Américas No. 49-95. C. P. 660005. Pereira, Risaralda. Colombia. Correo electrónico: felipe.parrado@ucp.edu.co

Introducción

El juego es una actividad que se realiza con el fin de divertirse, lo que supone un goce y disfrute por parte de quien lo práctica, también implica una integración psicomotora, un desarrollo intelectual y el establecimiento de interacciones sociales. La conducta de jugar es considerada como algo normal hasta cierto punto; sin embargo puede llegar a convertirse en un impulso descontrolado, destructivo y desadaptativo para quien la ejecuta, a esto es a lo que se denomina juego patológico o ludopatía (Ladouceur, 1993).

Si bien la conducta patológica se puede entender desde diversas perspectivas, en general se habla de enfermedad cuando el comportamiento se vuelve desadaptativo para el sujeto (Rodríguez, Picabia, & San Gregorio, 2000). La ludopatía fue reconocida como enfermedad desde 1980 en el DSM-III, en el DSM-IV se ha categorizado como trastorno de control de impulsos y en el DSM-V ha sido clasificado como un trastorno adictivo; en una visión más amplia, se propone que debería considerarse como una adicción no química, como resultado de una modificación mórbida del comportamiento (Vanegas, de Galvis, & Vélez, 2011).

Los juegos de azar son toda actividad que implique poner en riesgo un objeto de valor con el fin de obtener otro de mayor cuantía (Bahamón, 2006). Para el año 2014, la organización Coljuegos Colombia realizó un estudio en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Pereira y Bucaramanga, con el fin de conocer la cifra de personas mayores de edad que hubiesen apostado en juegos de azar y de suerte durante los últimos tres meses. Este estudio arrojó que en el 40% de los hogares colombianos hay consumidores de juegos de suerte y azar; además Castaño et al. (2011) señalan que el 61% de los colombianos destinan una parte de su sueldo mensual en juegos de suerte y azar.

Se estima que hay poca diferencia de la prevalencia de jugadores entre clases sociales, “en el país el 60% de las personas de estrato dos, el 63% de las del tres y 56% de las del cuatro realizan estas actividades, en tanto que sólo apuesta el 28% de las del estrato seis” (Bahamón, 2006, p.395). Las oportunidades de acceder a los juegos de azar abundan, el crecimiento de este negocio es cada vez más visible, los puestos de “chance” y loterías son cada vez más accesibles al grueso de la población, a su vez en las ciudades capitales el número de casinos es cada vez más frecuente en espacios como centros comerciales y zonas de alto flujo de personas.

La diferencia entre una persona que juega constantemente a una que lo hace a menudo, es que una puede controlar y dejar de jugar y otra no, también este descontrol alude a la necesidad que tiene el jugador de recuperar lo perdido en las apuestas. El bajo nivel de control de la conducta se vuelve un asunto importante para intervenir desde la psicología considerando los impactos en diferentes dimensiones del sujeto, la social, familiar, emocional, conductual y laboral (Ladouceur, 1993). La conducta del jugador depende de su relación con el contexto de juego; jugar no se vuelve patológico en todas las personas, la diferencia entre jugadores patológicos y jugadores recreativos radica en la manera que valoran el juego con respecto a otras actividades, por esta razón se denomina como una adicción conductual (Ruiz Olivares, Lucena, Pino, & Herruzo, 2010).

La ludopatía constituye actualmente un importante problema de salud mental, las cifras de jóvenes jugadores aumentan considerablemente y el problema psicológico puede comenzar desde el primer momento que se tiene un acercamiento con la máquina, lotería o tabla de bingo; es decir que en su etiología está el contexto cotidiano de las personas (Castaño et al., 2011). Por lo tanto, el juego patológico merece más atención desde la perspectiva de la salud, además que suele asociarse con otras dificultades como consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad, depresión, impulsividad, conducta violenta y problemas en la relación familiar (Vanegas et al., 2011).

Según Echeburúa (2005) los jóvenes o adultos menores son los más proclives a pasar el tiempo en estos juegos, debido al acceso temprano a varios tipos de juegos, video juegos, juegos de computador y publicidad; además, los adolescentes buscan en muchos casos una gratificación inmediata (dinero como contingencia en un reforzamiento positivo) que puede conseguirse en los juegos de azar; en ciertos sujetos puede ocurrir que la implicación contingente de los refuerzos ocasione un aumento la conducta y llegar al abuso del juego.

De acuerdo con lo anterior, las organizaciones prestadoras de servicios de juegos tienen gran responsabilidad sobre las opciones de juego disponibles para gran parte de la población, De Corral, Echeburúa y Irureta (2005) señalan que:

La presencia incontrolada de máquinas tragaperras en bares y lugares de ocio, junto con la oferta abundante de bingos, casinos y de los juegos más tradicionales (quinielas, loterías, cupones, carreras de caballos, etcétera), ha hecho aumentar considerablemente la ludopatía. La indefensión ante esta avalancha de juegos con apuestas afecta especialmente a los adolescentes y a las personas más vulnerables psicológicamente (p.541).

La psicología conductual ha desarrollado diferentes estrategias de modificación del comportamiento con el fin de brindar soluciones frente al malestar psicológico que genera la acción ludópata, ya sea en la frecuencia de la conducta, los pensamientos, las emociones o los aspectos culturales asociados.

Aun así, Toneatto y Ladouceur (2003, citados por Echeburúa, 2005) exponen que las intervenciones e instrumentos de evaluación del juego patológico actualmente son muy limitados y las intervenciones realizadas se han basado en criterios uniformes. Los estudios orientados a la terapia del juego patológico, han dado resultados positivos donde se han alcanzado cifras hasta del 80% de efectividad, teniendo en cuenta el control de estímulos, la exposición en vivo con prevención de respuesta, desensibilización, resolución de problemas, planeación financiera, entrenamiento en habilidades sociales y el seguimiento de una terapia cognitivo-conductual (Dowling, Jackson, & Thomas, 2008), sin embargo ninguna de ellas asegura con un buen margen que las personas no vuelvan a recaer o sustituir la adicción.

La literatura científica sobre la eficacia de los tratamientos para el juego patológico ha mostrado múltiples aproximaciones metodológicas, no se ha establecido un único protocolo de intervención, por lo tanto se encuentran resultados diversos y la estimación de efectividad o eficacia sobre el problema es una tarea muy complicada (Dowling et al., 2008). Aun así, Raylu y Oeí (2002), citados por Jiménez-Murcia et al. (2005) consideran que el juego patológico puede tratarse con mejor pronóstico desde una perspectiva conductual frente a otras opciones terapéuticas, por lo cual en este artículo se describirá las aproximaciones conductuales en torno a la evaluación y tratamiento de la ludopatía desde una perspectiva histórica sin entrar a examinar la efectividad de cada terapia.

El comportamiento ludópata es un reto para cualquier aproximación conductual, pues la ludopatía no se debe al efecto de una sustancia particular, pero aun así produce "craving" y genera un "funcionamiento anómalo del sistema mesolímbico dopaminérgico que puede explicar la sensibilidad a la recompensa de los jugadores patológicos y su susceptibilidad a ser atrapado por los programas de reforzamiento del juego de azar" (Navas & Perales, 2014 p.158).

De esta manera el presente estudio pretende describir cómo las generaciones de intervenciones conductuales analizan un caso de comportamiento ludópata. Para tal fin se toma como ejemplo un tipo intervención de tal forma que se puedan señalar las ventajas y desventajas de cada

aproximación considerando la conducta ludópata como un exceso conductual.

Análisis de las tres generaciones de la terapia conductual a la ludopatía

Existen diferentes abordajes que buscan dar una explicación a la conducta ludópata, (Navas & Perales, 2014) uno de ellos son los modelos que explican la adicción como un proceso de transformación de una conducta dirigida a una meta hacia una controlada por un estímulo, por ejemplo pasar de jugar para ganar hacia un hábito compulsivo de jugar o consumir. En este sentido, Muñoz-Molina (2008) define el juego patológico como "la incapacidad de controlar el deseo de apostar, lo que puede generar como consecuencia la destrucción de todo el capital económico, afectivo y social de una persona, afectando por supuesto su entorno familiar" (p.151).

La atención clínica de este problema iniciaría con diagnóstico, analizar la condición psicopatológica y llevar a cabo un tratamiento, con el fin de apuntar al problema psicológico y poder prevenirlo (Duro, 2003). Con esta intención, cada terapia ha tenido avances y desarrollos que le han permitido dar explicación al comportamiento y avanzar en diferentes abordajes, por ejemplo según del Pino Pérez (2000), las terapias conductuales han seguido 4 períodos:

Una primera ola de la Terapia de Conducta que se extiende desde el nacimiento de la Terapia de Conducta hasta la primera mitad de la década de los 70 y que vendría a coincidir con el desarrollo y eclipse de los modelos de aprendizaje por condicionamiento y el inicio de un modelo cognitivo de terapia. La Tercera etapa que se inicia, según Krasner, en 1975 se corresponde con la segunda ola de la Terapia de Conducta en que el desarrollo y evolución del conductismo hace que se presente el campo fraccionado y el modelo cognitivo como dominante. La cuarta etapa es la que se correspondería con el clima de aceptación, no beligerancia e incluso integración (pp .65-66).

Por otra parte Zych, Casal y Rodríguez (2012) distinguen tres generaciones de terapias conductuales. La primera de ellas aborda técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, operante y el neo-conductismo. La segunda generación incluyó principios más flexibles, utilizando la metáfora del ordenador como mecanismo psicológico interno. La tercera generación se desarrolló con la base científica de las dos anteriores, incorporando el planteamiento contextual, el lenguaje natural, centrándose en el análisis funcional y la relación entre el terapeuta y su paciente.

Primera ola o generación conductual

La primera ola surge a principios del siglo XX. Los trabajos de J.B. Watson, y B.F Skinner sentaron la teoría que soportaría el análisis aplicado del comportamiento. Esta primera generación surge y se desarrolla en oposición del modelo psicoanalítico (Mañas, 2007), pero también buscando una alternativa científica, donde el objetivo era la aproximación al ámbito clínico y al análisis del comportamiento humano a partir de la ciencia de la conducta, basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje.

Antes de 1950 también surgen teorías relacionadas al condicionamiento clásico Wolpiano y Hulliano por medio de investigación básica, desensibilización al medio y entrenamiento en la asertividad. Posterior a la década de los 50 se empieza a realizar aplicaciones del condicionamiento operante en humanos. En 1960 se proponen aplicaciones de la desensibilización sistemática y la terapia de aversión para varias conductas desadaptativas, a su vez surgen manuales de investigación aplicada a contextos como la educación, trabajo con padres y madres, trabajo comunitario y hospitales mentales; también emergen aplicaciones a diversas áreas como el autocontrol, delincuencia, docencia universitaria, conductas sexuales y desarrollo habilidades de diferente índole. Para 1970 ya existe una amplia aplicación e investigación en lo individual, institucional y comunitario, además procedimientos sobre la modificación de conducta (Kohlenberg, Bolling, Kanter, & Parker, 2002; Martin & Pear, 2008).

En la búsqueda de la comprensión del comportamiento humano, ha resultado tentador atribuir la conducta de un organismo como causa de un agente interno. Sin embargo las intervenciones conductuales de la primera ola proponen la búsqueda de las variables de las cuales la conducta es función, así que la conducta humana es una relación de variables entre organismo, ambiente e historia del sujeto (Skinner, 1974). Por lo tanto el eje central de la primera generación es cuestionar y comprender la función de la conducta.

Frente al cuestionamiento del comportamiento humano, en la primera generación surgen dos grandes ramificaciones: la modificación conductual y la terapia de conducta. La terapia de conducta implica modificación conductual llevada a cabo en conductas disfuncionales, más específicamente en el ámbito de lo clínico, esto se realiza por medio del análisis conductual aplicado, el cual permite analizar e identificar las variables que controlan la conducta de interés (Martin & Pear, 2008).

Las terapias de primera ola no fueron satisfactorias para muchos al tratar algunos problemas psicológicos,

el análisis funcional Estimulo-Respuesta, o Estimulo-Respuesta-Consecuencia (Hanley, Iwata, & McCord, 2003), solo tenía aplicación sobre conductas específicas u operacionalizables y las críticas sobre su aplicabilidad a problemas psicológicos más complejos (p.e. depresión) no se hicieron esperar, así que se incluyó el supuesto de que la solución a estos problemas está en la modificación de las conductas y en la cognición del sujeto. A su vez estas dificultades se encuentran “unidas al hecho de que ninguna de estas aproximaciones ofreció un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana” (Mañas, 2007, p.29).

El “supuesto” bajo alcance de las terapias de primera generación, preparó el terreno para las terapias de segunda generación, las cuales se caracterizan por la utilización de las técnicas de modificación de conducta desde la cognición; se propone la interacción entre estructuras cognitivas, procesos cognitivos, conductas y consecuencias ambientales, de tal forma que la solución a la conducta o síntomas problemáticos de cada persona se debe a ciertas disfunciones cognitivas. Clavijo (2006) señala que esta postura concuerda con el problema del fantasma en la máquina, un obstáculo para el desarrollo de una ciencia del comportamiento con múltiples implicaciones para la psicología.

Segunda ola o generación conductual

Es importante aclarar que existen tres tipos de terapias cognitivo conductuales, a) las terapias de reestructuración cognitiva, de donde se desprende la terapia racional emotiva conductual, el entrenamiento de autoinstrucciones, la terapia cognitiva y la reestructuración racional sistemática; b) las terapias de habilidades de afrontamiento, las cuales abarcan el modelo encubierto, el entrenamiento para afrontar situaciones, el entrenamiento en manejo de la ansiedad y el entrenamiento en inoculación de estrés; c) finalmente las terapias de solución de problemas contemplan la terapia de solución de problemas interpersonales y la ciencia personal (Becoña & Oblitas, 1997).

Dentro de las terapias cognitivo conductuales existen unas más relevantes por su utilidad y aplicabilidad en el ámbito clínico, estas son: la terapia racional emotiva conductual, la terapia cognitiva, el entrenamiento en inoculación de estrés y el entrenamiento de solución de problemas (Becoña & Oblitas, 1997). En este artículo se hace énfasis en las terapias de reestructuración cognitiva, más específicamente la terapia racional emotiva conductual de Ellis y la terapia cognitiva de Beck, sin embargo para la reflexión sobre el caso de ludopatía sólo se retomará la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Dos de los pioneros más productivos e influyentes de la terapia cognitiva, son Beck y Ellis, cuyo trabajo proporciona las bases de este análisis histórico, compartieron la idea de que la mayoría de los trastornos derivan de cogniciones erróneas o de un procesamiento cognitivo erróneo, y el remedio reside en acciones correctivas (Riso, 2006).

Beck postula la teoría cognitiva y Ellis la Terapia Racional Emotiva Conductual; ambas comparten objetivos similares: corregir, desactivar, modificar los errores del procesamiento cognitivo, sin dejar a un lado totalmente la terapia comportamental, puesto que sigue siendo un medio para adquirir información. De esta manera la Terapia Cognitiva Conductual utiliza tanto el modelo molar como el molecular, puesto que tiene en cuenta e incluye toda la historia del sujeto y como se decía anteriormente la cognición; por ejemplo en las prácticas psicoterapéuticas, pueden llegar sujetos con esquemas nucleares erróneos sobre la concepción de sí mismo, pero también problemas conductuales, como una adicción.

Frente a la terapia cognitiva, Beck y Freeman (1995) señalan que “la premisa básica del modelo de la terapia cognitiva es que la fuente principal del afecto y la conducta disfuncionales en los adultos reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de respuesta” (p.13). Con respecto a la Terapia Racional Emotiva (T.R.E.C) Lega, Caballo y Ellis (1997) exponen que “el pensamiento y las emociones de los seres humanos no son dos procesos diferentes, sino que se yuxtaponen de forma significativa y que, desde el punto de vista práctico, en algunos aspectos son, esencialmente, la misma cosa” (p.20). Ellis utiliza el modelo (ABC) que explica que los trastornos psicológicos se dan a causa de las creencias irracionales y disfuncionales que hace el sujeto frente a un acontecimiento (A-C) y es labor del terapeuta mostrarle al paciente que la relación de su problema se debe a (B-C).

Desde la Terapia Cognitiva, se pretende evaluar los pensamientos automáticos que intermedian o están en relación con el comportamiento; al obtener lo anterior se puede establecer el esquema nuclear del sujeto, que puede ser de (minusvalía, impotencia o desamparo) y así se plantea un plan terapéutico donde no sólo se busca la modificación conductual, sino la desactivación del esquema (cognitivo), las respuestas emocionales, fisiológicas, sociales y familiares.

Desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (T.R.E.C), se busca establecer la relación entre A – B – C (antecedentes – creencias – consecuencias). Como se decía anteriormente este modelo explica que el trastorno psicológico es la causa de las creencias irracionales acerca de los acontecimientos, y es allí cuando los “deberían” aparecen en el discurso del sujeto lo que conforma tres

creencias nucleares (tremendización o exageración del daño o significado del hecho, la no soportar o baja tolerancia a la frustración y la condena global sobre uno mismo, los otros y el mundo) al identificar las ideas irracionales el terapeuta y el individuo, el objetivo se encamina a identificar la irracionalidad del pensamiento de la persona, para así cambiar la filosofía de vida de éste.

En este orden de ideas, la terapia cognitivo conductual tiene un fuerte impacto sobre los trastornos psicológicos de los sujetos, no obstante, presenta limitaciones orientada a la intervención, pues se evidencia que la mayor efectividad de dichas terapias, van más relacionadas a la conducta que a la cognición. Según Luciano Soriano y Valdivia Salas (2006):

Implica una contradicción con sus presupuestos, y, a la vez, un desconocimiento del papel real que tiene la intervención directa sobre los eventos cognitivos. Continúan abiertos numerosos interrogantes sobre las condiciones que resultan efectivas, y al contrario, cuándo y por qué no lo son (p.80).

Cabe aclarar que la terapia cognitivo conductual ya sea desde el modelo de Ellis o de Beck, en el caso de ludopatía busca como objetivo la abstinencia al juego a partir de diferentes técnicas, según Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999) los resultados obtenidos con estas técnicas han sido satisfactorios tras el tratamiento, se ha evidenciado que en algunos casos se ha llegado a tasas de abstinencia del 100%. Sin embargo, al igual que ocurre con otras adicciones, un porcentaje significativo de sujetos (en torno a un tercio del total) recaen en los primeros meses de la terapia.

Las insuficiencias de la efectividad a largo plazo de las terapias de segunda generación llevan al surgimiento de terapias que se alejan del enfoque conductual por su corte ecléctico como por ejemplo la terapias de esquemas de Young (Rodríguez, 2009). De la misma forma, las aproximaciones conductuales evolucionaron en el desarrollo de un nuevo grupo de intervenciones contextuales que tratan los problemas psicológicos a partir de sus contextos verbales, donde la persona acepte convivir con sus pensamientos y emociones para generar nuevos repertorios conductuales, estas son las terapias de tercera generación (Mañas, 2007).

Tercera ola o generación conductual

Durante la última década del siglo XX surgieron un grupo de terapias de conducta que según Mañas (2007) se motivaron por:

(i) El desconocimiento sobre el por qué resultan exitosas o efectivas o, por el contrario, el por qué fracasan las terapias cognitivas actuales; (ii) la gran cantidad de

resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional y; (iii) el hecho de que actualmente existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano (p.32).

Esta grupo de intervenciones está compuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT), la Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP), la Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy o DBT), la Terapia Integral de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT) y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness Based Cognitive Therapy o MBCT) (Mañas, 2007).

Todas estas intervenciones, a diferencia de la terapia de conducta y la terapia cognitivo-conductual, contemplan como ejes centrales la flexibilidad y la complejidad del ser humano, proponiendo como objetivo el cambio la función del pensamiento más que su contenido, y se destacan la ACT, la MBCT y la FAP (Uribe-Escobar, 2012).

En particular la ACT surge porque en la relación terapéutica, el terapeuta dirige al paciente hacia una posición de compromiso, ya que el primero no puede tener un control ambiental del problema psicológico, mientras que el segundo si lo puede hacer respecto a su conducta de dolor. La ACT constituye uno de los desarrollos más recientes del conductismo radical en el tratamiento de diversos problemas que presentan pacientes externos (García Montes, Luciano Soriano, Hernández López, & Záldivar Basurto, 2004; Kohlenberg et al., 2005).

Además es una alternativa innovadora porque rompe con la tradición terapéutica existente, en el sentido de hacer un análisis no sintomático de los problemas psicológicos, sino funcional; y porque introduce una forma conductual de analizar las emociones, sentimientos, recuerdos y pensamientos de los clientes con problemas típicamente cognitivos (Kohlenberg et al., 2005, p.358).

El propósito de la ACT es que los tratamientos permitan la construcción de repertorios más complejos desde la percepción de sujeto, lo cual evidencia que no se interesa por la eliminación de los problemas. Dicha terapia reformula y sintetiza las terapias anteriores y se dirige a la comprensión del problema y los resultados efectivos para el sujeto por lo tanto ya no busca modificar la conducta desde un primer orden, sino que ya tiene en cuenta un cambio de las dinámicas en el sujeto en relación a su contexto, además, no se centran en la eliminación o el cambio del pensamiento, puesto que el objetivo “se focaliza en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos

verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos” (Mañas, 2007, p.7).

Para lograr lo anterior la terapia contempla el uso de metáforas, ejercicios experienciales y/o paradojas, lo cual hace que el sujeto se confronte con su realidad. Así la intervención de esta terapia se fundamenta en un proceso donde primeramente se cuestiona al paciente que ha hecho para sentir mejoría y se le hace ver antes de tomar el compromiso, lo mal que ha pasado y la falla de sus métodos para mejorar, colocándolo así en una situación de desesperanza, exponiendo de que nada de lo que ha hecho le ha servido; esto con el fin de quebrantar la estructura de donde estaba sostenido. Después de ello a partir del malestar subjetivo expuesto por el paciente, el terapeuta da paso a la validación, lo cual está relacionado con la comprensión y la empatía del terapeuta hacia el paciente, pues se posiciona en éste y reconoce su dolor, posterior a ello se pasa a la desesperanza creativa, por medio de la utilización de metáforas, con el fin de que se genere un cambio en las conducta, con una nueva planificación y la pregunta por la proyección de vida esto validado por medio de la aceptación y el compromiso (Salas & Soriano, 2006).

En la tabla 1 se presenta un esquema en forma de resumen de las aproximaciones de primera, segunda y tercera generación de las terapias conductuales que pueden orientar la comprensión de la ludopatía.

Tabla 1

Resumen de las aproximaciones de las terapias conductuales de primera, segunda y tercera generación.

Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
<p>Primeras terapias eficaces fundamentadas experimentalmente alternativas al modelo médico. La conducta del individuo como el resultado de una reacción a estímulos derivados del condicionamiento clásico y operante. (Martin & Pear, 2008).</p>	<p>Tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Incluyen constructos y procesos tales como pensamientos, creencias, actitudes, ideas, atribuciones, expectativas, distorsiones cognoscitivas, reglas de vida, Esquemas (Uribe-Escobar, 2012).</p>	<p>Desarrollo del análisis funcional de la conducta clínica y de la conducta verbal, en lugar de tratar de eliminar eventos privados (Pérez, 2006). Se focaliza en la alteración de la función psicológica por medio de la modificación de los contextos verbales (Mañas, 2007).</p>

A continuación, se presentará el caso clínico con el fin de ilustrar la evaluación y tratamiento de las diferentes olas realizarían frente a un problema de conducta ludópata.

Caso clínico (Capetillo-Ventura & Jalil-Pérez, 2014)

Paciente: mujer de 28 años de edad.

Escolaridad: licenciatura, desempleada.

Motivo de consulta: acude a consulta en busca de ayuda para controlar sus impulsos, refiriendo que en situaciones difíciles se refugia en el juego, lo cual ha llevado a conflictos familiares y laborales.

Diagnóstico: comenzó a acudir a casinos con una compañera de trabajo; posteriormente, acudía sola entre 2 y 3 veces por semana cuando la compañera no podía, empleando aún más tiempo en dicha actividad, el cual poco a poco se fue incrementando hasta gastarse la quincena en dos o tres días, motivo por el cual comienza a robar dinero a familiares y a solicitar préstamos hasta acumular una deuda de más de 50,000 pesos. La familia intenta limitar el juego de la paciente estableciendo las 10:00 p.m. como hora para llegar a casa sin poder salir posteriormente; sin embargo, la paciente se escapaba por las noches, regresando a casa por la madrugada, tiempo que invertía en los casinos. Este período coincide con el rompimiento de su pareja y la pérdida de su empleo, causando en ella tristeza, sentimientos de soledad y desesperanza que se aliviaban en un inicio por el juego, para luego acudir a jugar y “recuperar” lo perdido el día anterior.

Durante las entrevistas, se hacen evidentes alteraciones de pensamiento como ideas obsesivas relativas al juego. El afecto predominante fue eufórico, aunque en ocasiones presentó tendencia al llanto, especialmente al hablar de las relaciones de pareja, con humor acorde. Sin alteraciones de la sensopercepción, refirió insomnio mixto e hiporexia y negó ideas de auto y/o heteroagresión.

Primera Ola y ludopatía

Frente al comportamiento ludópata y la terapia de primera generación se puede señalar que al iniciar en el mundo del juego de azar, las personas empiezan por una fase de experimentación o de conocer las dinámicas que se dan dentro de un establecimiento como un casino o un bingo, pero en términos conductuales de la primera generación se puede retomar a lo que Thorndike llamó “Ley del efecto” al hecho de que la conducta “queda grabada” cuando se desprenden de ella unas consecuencias determinadas (Skinner, 1974, p. 146).

De acuerdo a lo anterior cuando el sujeto entra a un establecimiento ya sea casino o bingo, y gana en las máquinas, en la ruleta o en el bingo; se genera un aprendizaje que consiste en que el sujeto al haber apostado gana cierta

cantidad de dinero y es esto lo que queda “grabado”: que cada vez que apuesta tiene la probabilidad de adquirir un refuerzo positivo, en este caso el dinero, sin tener en cuenta que a veces se gana y otras veces se pierde (refuerzo intermitente). Dicha probabilidad es la que conlleva a una predisposición que da como resultado la frecuencia con que se emite esta conducta.

Después de esa relación de todas las variables, por ejemplo: todo el ambiente del casino (máquinas, ruletas, sonidos), la respuesta emocional y las consecuencias (ganar o perder dinero), puede pasar dos situaciones, la primera es que algunas personas entienden las consecuencias que trae el jugar estos juegos y reducen un poco la frecuencia de estas conductas, la otra es que en la conducta ludópata no se da un patrón evitativo, cuando se da la presentación de estímulos aversivos las personas no discriminan o no preceden, y cuando lo hacen, lo hacen erróneamente, y es allí cuando aparece la ansiedad, emoción se da a partir de la relación entre el organismo y los estímulos aversivos y de evitación.

A su vez la discriminación que hacen los sujetos de los estímulos aversivos, entran a explicar la conducta ludópata, puesto que la discriminación operante implica la contingencia de tres factores (E – R – C) donde cada factor aumenta la probabilidad y la frecuencia de la respuesta. El estímulo (E) se caracteriza por controlar, predecir la consecuencia, distinguir los estímulos discriminativos, se puede entender como un valor informativo que cambia de acuerdo a la predicción del reforzamiento. La respuesta (R) es lo que procede del estímulo y la consecuencia (C) se entiende como el reforzador discriminativo que aumenta la conducta, lo anterior permite notar que tanto el estímulo, como la respuesta y la consecuencia pueden controlar, predecir, aumentar y tener una alta frecuencia de la conducta, la ludopatía en el sujeto dependerá de la manera en como discrimina y la disposición que tiene frente a la contingencia de tres factores.

El objetivo a lograr desde una intervención de primera ola en un caso de ludopatía sería la extinción del comportamiento, valiéndose de técnicas de condicionamiento operante y respondiente que ayuden a la modificación de la conducta. Se implementarían procedimientos como: desensibilización, condicionamiento clásico, contingencias de refuerzo y castigo, extinción discriminación y control de estímulos (Kohlenberg et al., 2002). Dichas técnicas permiten generar, mantener, eliminar o reducir conductas, por lo que para reducir la frecuencia de la conducta de juego se aplicarían el castigo o la extinción para reducir su exceso, un nivel intenso de respuesta de juego en un intervalo de tiempo particular.

Segunda ola y ludopatía

El tratamiento cognitivo conductual es una terapia que permite una adecuada evaluación para tratar el juego patológico, de esta manera la T.R.E.C. junto con otras técnicas como "autocontrol, autoexposición, autorrefuerzo positivo y la relajación progresiva", se intervino las creencias de un paciente con patrones constantes de juego, y las consecuencias que le estaba de estas conductas constantes, como resultado se obtendría la reducción de la conducta ludópata (Bahamon, 2010).

Por otro lado, desde la Terapia Cognitiva de Beck, la conducta ludópata es considerada una distorsión cognitiva, puesto que afecta varias dimensiones del sujeto y hace disfuncional tanto las emociones, como las conductas de éste. Para los jugadores patológicos estas distorsiones cognitivas se encuentran ancladas en un nivel profundo de su actividad cognitiva, estas son predisposiciones "engancharse" fácilmente y sin control en actividades de juego, sin considerar las consecuencias (Bahamon, 2013).

Los jugadores con sistemas ludópatas, desde la perspectiva de Albert Ellis tienen ideas y creencias irracionales que hacen disfuncional la consecuencia, así, desde esta postura se busca cambiar la filosofía de vida y la visión de mundo del paciente. Y desde la terapia cognitiva de Beck hablamos de distorsiones cognitivas, que puede entenderse como los resultados cognitivos ilógicos o equivocados que alteran el pensamiento y la conducta; desde esta postura se busca desactivar los esquemas nucleares maladaptativos.

Tercera ola y ludopatía

Desde esta perspectiva la ludopatía no es ni una enfermedad ni un vicio, puesto que la persona que padece

este exceso conductual, puede decidir cuándo ser activo para hacer adaptativo el descontrol de su comportamiento, siendo este uno de los objetivos principales de la ACT, hacer al sujeto padecedor del problema, activo, dentro de su proceso terapéutico, para que así el sujeto aprenda a vivir con su problema (Carrascoso López, 2006).

La manera de intervenir de la tercera ola un caso de ludopatía consiste en colocar al sujeto en una perspectiva problemática que tiene seguir en el exceso conductual del juego patológico, para ello en un primer momento se le puede hacer ver al paciente el costo que tiene la evitación, y hacerle caer en cuenta que los pensamientos recurrentes de ir a jugar no acaban, así para poder llevar a cabo lo anterior se utiliza simultáneamente metáforas, donde se le muestre al cliente las pérdidas y la realidad que no puede vislumbrar por estar tan vinculado con el juego, y es de esta manera que se puede mostrar los sentimientos de los allegados al sujeto y de su vida en todos los aspectos (social, laboral, emocional, familiar, etc.).

Por tanto las terapias de aceptación y compromiso dirigen la evaluación al por qué de la ejecución de la conducta y a buscar soluciones para disminuir la conducta de enfermedad, al no relacionar el sufrimiento con la vida cotidiana, desde la perspectiva del paciente se aprende a vivir con su problema psicológico; para lograrlo sus técnicas de intervención se desarrollan por medio de metáforas, de los valores relacionados y del método socrático. Posterior a la intervención desde las perspectiva de las terapias de tercera generación, los pacientes pueden tener pensamientos recurrentes de querer jugar, pero las respuestas conductuales (el acto de jugar) se encuentran

Tabla 2

Constructos desarrollados en el análisis funcional del caso clínico en cada generación

Primera generación <i>Condicionamiento operante, relación de la triple contingencia E-R-C</i>	Segunda generación <i>Desde la terapia racional emotiva conductual. TREC</i>	Tercera generación <i>Desde las terapias de aceptación y compromiso.</i>
Estímulo (E) Establecimiento de juego (casino)	Antecedente (A) Rompimiento su relación sentimental	Frecuencia de la asistencia al casino.
Respuesta (R) Frecuencia de la conducta de jugar	Belief o creencia irracional (B) En situaciones difíciles se refugia en el juego. Recuperar lo perdido en el juego.	La conducta impulsiva de jugar
Consecuencia (C) Ansiedad, emociones negativas.	Consecuencia o reacción (C) ante A tristeza, sentimientos de soledad y desesperanza	tristeza, sentimientos de soledad y desesperanza

dirigida a los valores y a la motivación por lograr unas metas trazadas.

A pesar de las similitudes con las generaciones anteriores, tal como el análisis funcional de la causalidad del problema, la tercera ola se distancia de la primera en cuanto a la enseñanza de aprender a ajustarse con su problema psicológico, en lugar de extinguir y/o reducir la conducta de juego compulsivo; y de la segunda en cuanto que no se pretende cambiar la filosofía de vida del consultante sino convivir con los pensamientos y emociones relacionados al juego (ver tabla 2). Por lo tanto, la diferencia central radica en el planteamiento de las hipótesis explicativas y de mantenimiento de la conducta de enfermedad, la cual

causa malestar psicológico, la cual no se aborda como patología sino como problema o conducta disfuncional relativa a un contexto particular.

Siguiendo el objetivo planteado, primero la manera en como cada aproximación conductual se acercaría a la evaluación del problema por medio de (a) E-R-C; (b) A-B-C; y (c) análisis funcional (tabla 2); y la manera de intervenir el problema la terapia de primera generación (condicionamiento operante), segunda ola (Terapia Racional Emotivo Conductual) y tercera generación (Terapias de Aceptación y Compromiso) por medio de sus métodos (a) técnicas operantes (b) modificación de la creencia irracional y (c) utilización de metáforas (tabla 3).

Tabla 3
Resumen de metodología aplicada por cada ola a partir del caso clínico

Primera generación <i>Conductismo radical, relación de la triple contingencia E-R-C</i>	Segunda generación <i>Desde la terapia racional emotiva conductual. TREC</i>	Tercera generación <i>Desde las terapias de aceptación y compromiso.</i>
<p>En 1966 Wolpe y Lazarus afirmaron que el objetivo de la terapia conductual es siempre cambiar los hábitos que se consideren indeseables. El logro de este objetivo depende de la aplicación de una o más de las tres categorías de operaciones del condicionamiento; las tres categorías son el contra condicionamiento, el re-condicionamiento positivo y la extinción experimental (Yates, 1970).</p>	<p>Parte de que no son las situaciones en sí las que ocasionan el dolor y malestar, sino que es la creencia irracional que surge de esta situación. Evaluando el caso desde esta perspectiva se puede señalar primeramente que la conducta ludópata de esta mujer no se debe ni se relaciona con el rompimiento de su pareja y la pérdida de su empleo.</p>	<p>Según Kohlenberg et al. (2005) las terapias de tercera generación: Aparecen como una alternativa al trabajo psicoterapéutico con pacientes de consultas externas, con problemas donde el terapeuta no tiene un control directo sobre el ambiente donde viven. Esta terapia aporta a la Psicología Clínica: una filosofía de vida, una perspectiva cultural sobre la que entender y tratar los trastornos psicológicos, y una alternativa psicopatológica en el denominado Trastorno de Evitación Experiencial.</p>
<p>En el caso se busca reforzar y castigar dichas conductas, por tanto desde esta ola se interviene de la siguiente manera:</p>	<p>De acuerdo, a lo anterior se puede decir que dichas conducta ludópata se debe a que en las situaciones difíciles se refugia en el juego “motivo de consulta que impulsa a la paciente a empezar proceso terapéutico”.</p>	<p>Desde esta perspectiva, se utiliza valores y se construye una filosofía de vida nueva con el paciente orientada a los valores y la construcción de unas metas a alcanzar, esto a partir de metáforas, pero además reconociendo el paciente su problema psicológico y aprendiendo a vivir con él, sin necesidad de una evitación o eliminación de la conducta.</p>
<p>Castigos Seguir con el horario de entrada a la casa.</p>	<p>Por tanto no se cambia el antecedente (A), sino la (B) que es la creencia irracional.</p>	
<p>Manipulación por parte de otro sujeto del dinero.</p>		
<p>Refuerzos Establecimiento de nuevos ambientes, especialmente sociales. Refuerzo positivo y social cada vez que la paciente no recurra al casino y/o robe.</p>		

Discusión

A pesar de que este trabajo no persigue un objetivo historiográfico, las diferentes propuestas acá analizadas podrían servir para analizar las bases de datos con los reportes clínicos de los resultados de cada generación de intervención conductual. Así se podría documentar la efectividad de cada aproximación conductual, en particular con relación a la evaluación y tratamiento de diferentes trastornos psicológicos.

Las tácticas de intervención psicológica gozan de popularidad diferencial dentro de la comunidad de terapeutas, por lo que sería interesante retomar otras aproximaciones teóricas a los problemas psicológicos e indagar por qué han sido más influyentes en la práctica de la evaluación y orientación de casos de adicciones conductuales como la ludopatía, puesto que es escasa la literatura que presente evidencias sobre sus limitaciones y alcances.

Dado que la novedad no conduce necesariamente a la efectividad de las intervenciones, el campo de la psicología conductual clínica podría valerse de las herramientas que brinda cada generación, en procura de mayor efectividad frente al problema psicológico; sin embargo es importante documentar el efecto de la combinación de las distintas aproximaciones en la práctica terapéutica para aumentar la evidencia conocida sobre estas intervenciones en el contexto colombiano.

Algunas ventajas y desventajas de las tres generaciones conductuales frente a la ludopatía pueden ser:

- a. La desventaja en el tratamiento de primera generación es que no se puede tener un control total del contexto, por lo tanto sus técnicas pueden verse limitadas.
- b. La desventaja de la segunda generación radica en la búsqueda de la modificación conductual, siendo también una limitación de la primera generación.
- c. Las desventajas de las terapias de tercera generación radica en que son terapias relativamente nuevas y no se encuentran suficientes datos que comprueben la efectividad de las terapias en la ludopatía.
- d. Las ventajas de la primera generación se encuentra en que son efectivas en la modificación de repertorios conductuales específicos y se encuentran documentados experimentalmente.
- e. Las terapias de segunda generación tienen mayores herramientas en la evaluación del problema de la ludopatía, teniendo reportes de validez y confiabilidad.
- f. Las ventajas de la tercera generación radican en tener involucrar el contexto del sujeto en la evaluación,

hacer hincapié en el análisis funcional con eventos verbales-sociales y contemplar los valores en la planeación de la intervención terapéutica.

Referencias

- Bahamon, M. (2006). Juego patológico: revisión de tema. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(3), 380-399.
- Bahamon, M. (2010). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ludopatía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 19-38.
- Bahamon, M. (2013). Relación entre esquemas inadaptables, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*, 11, 89-102.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Becoña, E., & Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo-Conductual: Antecedentes Técnicas. *Revista Liberabit*, 3, 49-70.
- Capetillo-Ventura, N., & Jalil-Pérez, S. (2014). Juego patológico, depresión y trastorno de personalidad: caso clínico en una mujer joven. *Revista Biomédica*, 25(4), 92-97.
- Carrascoso-López, F. J. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (AVT): características, técnicas básicas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 14(3), 361-385.
- Castaño, S., Castaño-Castrillón, J., Cañón, S., Melo, M., Mendoza, P., Montoya, J. & Velásquez, J. (2011). Estudio epidemiológico sobre juegos de azar y factores asociados en población universitaria de la universidad de Manizales. *Archivos de medicina*, 11(2), 101-113.
- Clavijo, A. (2006). *Más allá del fantasma en la máquina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- de Corral, P., Echeburúa, E., & Irureta, M. (2005). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres ludópatas: implicaciones para el tratamiento. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(139), 539-555.
- del Pino Pérez, A. (2000). *Tratamientos psicológicos: una perspectiva conductual*. España: Universidad de la Laguna. Recuperado de: <http://apino.webs.ull.es/TratamientosPsicologicos.pdf>
- Dowling, N., Jackson, A. C., & Thomas, S. A. (2008). Behavioral Interventions in the Treatment of Pathological Gambling: A Review of Activity Scheduling and Desensitization. *International Journal of Behavioral Consultation & Therapy*, 4(2), 172-187.
- Duro, J. C. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Echeburúa, E. (2005). Retos de futuro en el tratamiento del juego patológico. *Adicciones*, 17(1), 11-16.
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclee de Brower.

- García Montes, J. M., Luciano Soriano, M. C., Hernández López, M., & Záldivar Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 147-185.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez, E., Vallejo, J., Neus, M., Gómez, M., Jaurrieta, N., & Granero-Pérez, R. (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo-conductual grupal para el juego patológico. *Psicología Conductual*, 13(3), 495-510.
- Kohlenberg, R., Bolling, M., Kanter, J., & Parker, C. R. (2002). Clinical behavior analysis: Where it went wrong, how it was made good again, and why its future is so bright. *The Behavior Analyst Today*, 3(3), 248-253.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., García, R., Aguayo, L., Parra, A., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1(3), 361-374.
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Alianza.
- Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de psicología*, 40, 26-34.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla* (8ª. ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 150-159.
- Navas, J. F., & Perales, J. C. (2014). Comprensión y tratamiento del juego patológico: aportaciones desde la Neurociencia del Aprendizaje. *Clínica y Salud*, 25(3), 157-166.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* Bogotá: Editorial Norma.
- Rodríguez, A., Picabia, A., & San Gregorio, M. (2000). Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 17(1), 59-74.
- Ruiz Olivares, R., Lucena, V., Pino, M., & Herruzo, J. (2010). Análisis de comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 22(4), 301-310.
- Salas, S. V., & Soriano, M. C. L. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Skinner, B. (1974). *Ciencia y conducta humana*: Barcelona: Fontanella.
- Uribe-Escobar, J. I. (2012). *Terapias cognoscitivo comportamentales de tercera generación (terapia de aceptación y compromiso, terapia cognoscitivo comportamental basada en Mindfulness, Psicoterapia Analítica Funcional) para el manejo de la fibromialgia*. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10336/3161>
- Vanegas, M., de Galvis, Y., & Vélez, L. (2011). Riesgo de juego patológico. Factores y trastornos mentales asociados en jóvenes de Medellín-Colombia. *Adicciones*, 23(1), 17-25.
- Yates, A. (1970). La definición de terapia conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(2), 113-121.
- Zych, I., Casal, G., & Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de psicología*, 28(1), 11-18.